

Rexistro interno de accidentes ou incidentes

EMPRESA _____
CENTRO DE TRABALLO _____

ACCIDENTE INCIDENTE

Data _____ Hora _____ Hora de traballo (1ª, 2ª...) _____

Testemuñas _____

Descrición _____

Aparello ou axente material causante _____

Forma en que se produciu (segundo listado do dorso)

TRABALLADOR/ES AFECTADO/S

NOME _____ APELIDOS _____

Antigüidade: Na empresa (meses) _____ No posto de traballo (meses) _____

Varón Muller Idade _____ Tipo contrato _____

Categoría profesional: _____

Ocupación: _____

Estaba no seu posto: SI NON Era o seu traballo habitual: SI NON

Desprazamento na súa xornada laboral: SI NON

Ao ir ou volver do traballo: SI NON

Parte do corpo lesionada _____

Grao da lesión: Leve Grave Moi Grave Falecemento

Recibiu asistencia en: Enfermería empresa Ambulatorio Hospital

DELEGADOS/AS DE PREVENCIÓN

Outros datos de interese _____

Medidas preventivas propostas _____

Acudiu a Inspección de Traballo: NON SI Data _____

Forma en que se produciu o accidente

- 01.- Caída de persoas a distinto nivel
- 02.- Caída de persoas ao mesmo nivel
- 03.- Caída de obxectos por afundimento ou derrubamento
- 04.- Caída de obxectos en manipulación
- 05.- Caída por obxectos desprendidos
- 06.- Pisadas sobre obxectos
- 07.- Choque contra obxectos inmóviles.
- 08.- Choque contra obxectos móbiles.
- 09.- Golpes por obxectos ou ferramentas.
- 10.- Proxección de fragmentos ou partículas.
- 11.- Atrapamento por ou entre obxectos.
- 12.- Atrapamento por vuelco de máquinas, tractores ou vehículos.
- 13.- Sobreesforzos.
- 14.- Exposición a temperaturas ambientais extremas.
- 15.- Contactos térmicos.
- 16.- Exposición a contactos eléctricos.
- 17.- Exposición a substancias nocivas.
- 18.- Contactos con substancias cáusticas e/ou corrosivas.
- 19.- Exposición a radiacións.
- 20.- Explosións.
- 21.- Incendios.
- 22.- Accidentes causados por seres vivos.
- 23.- Atropelos ou golpes con vehículos.
- 99.- Ao ir ou volver do traballo.

Delegados/as de Prevención
Asdo: